

Kształcenie lekarzy a efektywność służby zdrowia

W UE w końcu XX w. powstała koncepcja jednego wspólnego dla służby zdrowia (SZ) modelu konwergencji polityki społecznej. Przyjęto, że istnieje wiele wspólnych czynników, które zapewnią jednolity system SZ: siła wolnych rynków, nacisk na zwiększenie

produktywności i jakości, szybki rozwój podobnych technologii, nacisk na istotne kryteria rozwoju i wspólna waluta. Punktem wyjścia tej koncepcji była rozbieżność między ogromnym postępem w rozwoju nauk w ostatnich 30 latach XX w. i możliwościami diagnostyczno-terapeutycznymi a rosnącymi oczekiwaniami i niezadowolaniem społeczeństwa z codziennej praktyki lekarskiej.

Badania porównawcze efektywności modeli SZ w krajach UE na przełomie XX i XXI w. wykazały ogromną różnorodność narodowych struktur instytucjonalnych i związków kulturowych uwarunkowanych spuścizną historyczną, kulturową, naukową i tradycją. Stwierdzono odrębności nawet między podobnymi grupami krajów UE: 1) latynoskimi, 2) anglosaskimi, 3) niemieckojęzycznymi czy 4) skandynawskimi. Stwierdzono także różną rolę społeczności korporacyjnych w relacji do administracji państwowej. To zróżnicowanie uczyniło niemożliwym utworzenie modelu konwergencji SZ. Został on odsunięty w czasie na rzecz modelu dywergencji. Zwolennicy modelu dywergencji sądzą, że właściwiej jest poszukiwać odpowiedniego modelu działania zespołów pracowników SZ, który odpowiada swoistemu profilowi określonego kraju, szczególnie gdy model SZ jest zgodny z ogólną polityką tego kraju w odniesieniu do innych obszarów społeczno-gospodarczych.

Istotnym wnioskiem wyjaśniającym powody tej rozbieżności było zwrócenie uwagi na opóźnione kształtowanie się świadomości, że to ludzie, a nie technologie medyczne, są głównym problemem w każdym modelu SZ. Dla chorego – zwłaszcza z przewlekłym schorzeniem – skutki choroby są bardziej istotne dla jego funkcjonowania w życiu zawodowym i społecznym niż szczegóły badań laboratoryjnych i osiągnięcia techniczne, ważne dla lekarza. Skrócenie czasu potrzebnego do ustalenia rozpoznania oznacza skrócenie czasu wizyty (rozmowy) – co utrudnia tworzenie właściwego dwukierunkowego kanału komunikacji lekarz–pacjent. W chorobach przewlekłych może to prowadzić do dehumanizacji medycyny, niezadowolenia pacjentów i, co wykazano, mniej korzystnych efektów leczenia.

Rozwój badań naukowych w świecie wiąże się z powstawaniem nowych, coraz bardziej specjalistycznych dziedzin medycyny, a to z kolei – z nauczaniem i skutkami tego rodzaju kształcenia.

Obecne nauczanie medycyny opiera się na koncepcji kształcenia specjalistycznego o jednostkach chorobowych, a nie całościowym spojrzeniu na chorego, który ma więcej niż jedno schorzenie. We współwystępujących schorzeniach patofizjologiczne procesy wchodzą między sobą w interakcje, co czyni obraz chorobowy pacjenta bardziej złożonym niż ten, który zwykliśmy opisywać

w podręcznikach, omawiając jednostki chorobowe. Problemem trudniejszym jest politerapia oraz interakcje farmakokinetyczne i farmakodynamiczne. W leczeniu otwartym poszczególni specjaliści nie komunikują się między sobą. Rolę lekarza prowadzącego powinien przejąć **odpowiednio przygotowany lekarz rodzinny – specjalista**, który potrafi nawiązać skuteczny kontakt z poszczególnymi specjalistami.

Rodzą się pytania, czy postępy naukowe są optymalnie wykorzystywane w nauczaniu studentów, czy nauczyciele wysoce specjalistycznych dziedzin są najwłaściwszą kadrą nauczającą na wydziałach lekarskich. Nauczanie przeddyplomowe nie wychodzi naprzeciw problemom, z jakimi 40–50% absolwentów wydziałów lekarskich będzie miało do czynienia w praktyce medycznej lekarza rodzinnego czy pierwszego kontaktu. Pozostałe odsetki to: ok. 10% pozostanie na uczelniach czy w instytutach naukowych, a ok. 40% będzie pracowało w mniej więcej 80 różnych specjalnościach. Zatem konieczna jest modyfikacja nauczania przed-dyplomowego stosowna do potrzeb lekarzy rodzinnych i wymogów zmieniającego się społeczeństwa XXI w. – z jego nowymi problemami zdrowotnymi (uzależnienia, zaburzenia psychosomatyczne, współwystępowanie kilku chorób przewlekłych, politerapie i nieuniknione interakcje lekowe, tworzenie komunikacji lekarz–pacjent, rosnące koszty, obniżenie etyki lekarskiej). Bez modyfikacji programów edukacji medycznej dotychczasowe doraźne próby poprawy efektywności SZ mają ograniczone powodzenie i nie są w stanie naprawić systemu SZ, za który odpowiadają politycy, organizatorzy, administratorzy ochrony zdrowia i uczelnie medyczne.

Wnioski

Świadomość, że czynnik ludzki jest głównym problemem modeli SZ, prowadzi do wniosku, że kształcenie na wydziałach lekarskich wymaga większej uwagi. Istnieje potrzeba określenia: 1) celu nauczania przeddyplomowego, przede wszystkim dla największej grupy przyszłych lekarzy; 2) odpowiedniej do modelu kształcenia selekcji informacji naukowej i integracji poziomej treści nauk podstawowych – z odniesieniem ich do nauczania klinicznego (integracja pionowa) już od pierwszego roku studiów (patrz przykład: prof. Marek Jakóbiński, 2018: www.fptm.pl); ważne jest też 3) podkreślenie znaczenia zintegrowanych treści nauk humanistycznych; 4) kształtowanie świadomości ustawicznej potrzeby samokształcenia się i co najważniejsze 5) przywrócenie właściwej rangi nauczycielowi akademickiemu.

Oczywiście trzeba pamiętać, że nawet najlepsze przygotowanie absolwenta nie gwarantuje dobrego funkcjonowania SZ, bo zależy to w dużym stopniu od czynników pozamedycznych: polityki społecznej i gospodarczej, ekonomii kraju, organizacji i zarządzania SZ oraz sposobu jej finansowania.

JERZY MAJKOWSKI

Fundacja Epileptologii
Federacja Polskich Towarzystw Medycznych